ITEM 227 : INSUFFISANCE VEINEUSE CHRONIQUE - VARICES

Insuffisance veineuse chronique = dysfonction du système veineux par **incontinence valvulaire** touchant le système veineux superficiel et/ou profond, avec ou sans **obstruction veineuse** associée : très fréquente, touche 30 % de la population globale.
- **Essentielle** (le plus souvent) ou **acquise.**
- FdR : âge ++, sexe féminin (3/1), antécédents familiaux, obésité, grossesse…
- Problème de santé publique : **prévalence** entre **30 et 60 %** selon les études avec en France plus de **20 millions** de patients ayant une IVC tout stade confondue, et 400 000 compliquées d'ulcère veineux.

Varice = dilatation permanente et pathologique (> 3 mm en position debout) d'une ou plusieurs veines superficielles, associée le plus souvent à un reflux par incontinence valvulaire : **asymptomatique, gêne esthétique**, ou provoque une **insuffisance veineuse chronique.**

PHYSIOPATHOLOGIE

Système veineux des membres inférieurs

- **Réseau superficiel** (draine **10 %** du retour veineux) : **grande veine saphène** (ou **saphène interne**) et **petite veine saphène** (ou **saphène externe**) → en cause dans les varices.
- **Réseau profond** (draine **90 %** du retour veineux) : **veines satellites des artères** (2 veines pour 1 artère).
- Anastomoses entre veines saphènes : **veines communicantes.**
- Anastomoses entre réseaux superficiel et profond, séparés par les aponévroses musculaires : **veines perforantes.**

Retour veineux

Différents mécanismes luttant contre la pression orthostatique due à la pesanteur en orthostatisme :
- **Valvules** : dans toutes les veines du MI, au niveau des confluents veineux, empêche le reflux de sang en sens contraire au retour veineux.
- **Pression résiduelle** : due à l'éjection du ventricule gauche (atténuée après passage dans le réseau artériel, artériolaire et capillaire).
- **Rôle musculaire** : la semelle plantaire, le déroulement du pied, la pompe musculaire du mollet et le système abdomino-diaphragmatique avec les mouvements respiratoires donnent une impulsion au retour veineux.

L'IVC est 2ndr à une incapacité des veines superficielles du MI à assurer correctement le retour sanguin :
- **Élévation chronique de la pression locale** : les MI sont les lieux du corps où la pression veineuse est la plus élevée.
- **Anomalie anatomique de la veine** : génétique, congénitale, hormonale, 2ndr à une maladie post-phlébitique (TVP).

Conséquence : **Reflux par incontinence valvulaire veineuse** et/ou **obstacle à l'écoulement veineux.**

ÉTIOLOGIE

Insuffisance veineuse primitive

- Étiologie la plus fréquente.
- **Varices essentielles ou varices primitives ou maladie variqueuse** : varices **systématisées** (grande saphène et/ou petite saphène), ou varices **non systématisées**, dites non saphènes aux dépens de veines perforantes ou de veines pelviennes.
- **Insuffisance valvulaire profonde primitive** (rare, chez le sujet âgé) : défaut de coaptation des valvules, créant un reflux valvulaire profond, d'origine génétique et/ou hémodynamique, à suspecter notamment en cas de troubles trophiques veineux de survenue anormalement précoce.
- **Facteurs favorisants +++** : prédominance féminine, âge, terrain familial, grossesses multiples, obésité, constipation, striction vestimentaire, sédentarité, station debout prolongée, exposition prolongée à la chaleur, chauffage par le sol, œstrogènes…

Insuffisance veineuse secondaire

Maladie post-thrombotique

- Une TVP peut générer un syndrome post-thrombotique (SPT) par **2 mécanismes** : **destruction** valvulaire source de reflux, et/ou **l'obstruction** veineuse résiduelle.
- Souvent **plusieurs années après** une TVP (50 % après 5 à 10 ans) : destruction des valvules par la réaction inflammatoire locale et mise en jeu d'une collatéralité moins compétente.
- **Sévérité** du SPT est fonction de l'importance du dysfonctionnement veineux résultant du syndrome post-thrombotique séquellaire, pouvant aller jusqu'à la claudication veineuse.
- Évaluation de sa sévérité par le score de **Villalta** (détaillé à titre indicatif dans la fiche LiSA).
- Risque important de SPT en cas de **thrombose ilio-fémorale** : 20-50 % même si traitement bien conduit (dont 5-10 % de SPT sévère).

Malformations et angiodysplasie veineuse

- **Insuffisance valvulaire profonde** : **agénésie** ou **dysplasie valvulaire.**
- **Insuffisance veineuse localisée.**
- **Angiodysplasie.**
- **Syndrome malformatif :** exemple Klippel-Trénaunay qui associe une dysplasie veineuse, une malformation capillaire et un allongement / hypertrophie du membre atteint.

<table>
<tr><td rowspan="3"></td><td rowspan="2"></td><td>Syndrome compressif</td><td>- Syndrome de Cockett : compression de la veine iliaque primitive gauche par l’artère iliaque primitive droite, risque de thrombose fémoro-iliaque gauche complète.
- Compression des vaisseaux iliaques par une tumeur pelvienne.
- Syndrome soléaire : compression des v. soléaires tibio-péronières par l’arcade du soléaire.</td></tr>
<tr><td>Fonctionnelle</td><td>= Sans anomalie morphologique, déficience de la pompe musculaire du mollet : fréquente chez le sujet âgé, par diminution de la marche, perte de volume musculaire, altération de la dynamique cardio-respiratoire…</td></tr>
<tr><td rowspan="4">DG</td><td>SF</td><td colspan="2">- Lourdeur/pesanteur (70%) : majoritairement des jambes et des mollets, à type de fatigabilité ou de gêne, majorée en fin de journée, période prémenstruelle ou grossesse, au cours de fortes chaleurs, en position debout prolongée ; calmées par la marche, l’exercice physique, le froid ou la position allongée/surélevée des jambes.
- Phlébalgie = douleurs spécifiques d’un trajet veineux, surtout de la saphène interne.
- Crampes : en position debout, ou en position allongée seulement en cas de reflux valvulaire.
- Impatience : sensation d’engourdissement apparaissant lors de la position immobile, obligeant le patient à se mobiliser et se lever (diagnostics différentiels = impatience des jambes nocturnes dans le cadre d’un syndrome des jambes sans repos, brulures et rougeurs du pied dans le cadre d’un acrosyndrome type érythermalgie).
- Claudication veineuse (post-thrombotique surtout) : lourdeur musculaire apparaissant à la marche, cède au décubitus.
- Œdème du/des MI : blanc, mou, prend le godet, avec une nette recrudescence vespérale, sans redistribution vers d’autres territoires.
- Gêne esthétique : varices ou varicosités, sans gêne fonctionnelle.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">SC</td><td colspan="2">- Examen bilatéral comparatif :
• En position debout (escabeau de phlébologie).
• GVS : MI à 45° de rotation externe, en légère flexion.
• PVS : MI en légère flexion, reposant sur le sol par la pointe du pied.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Varices</td><td colspan="2">= Veine sous-cutanée dilatée (> 3 mm en position debout) et tortueuse.
- Systématisées à la grande ou à la petite veine saphène ou non systématisées (diffuse).
- Palpation : recherche d’une induration au niveau de la veine, d’une douleur, ou d’une inflammation locale en faveur d’une thrombose superficielle.
- Auscultation : recherche d’un souffle évocateur d’une fistule artério-veineuse (thrill).</td></tr>
<tr><td>DD</td><td>- Diamètre < 3 mm : veines réticulaires, varicosité, télangiectasies.
- Dilatation des veines physiologique chez le sportif.
- Vicariance : collatéralité physiologique après TVP obstructive.
- Malformation vasculaire congénitale chez l’enfant.
- Fistule artério-veineuse post-traumatique : dilatation veineuse, souffle et thrill continu.
- Compression pelvienne avec dilatation du réseau veineux d’amont.
- Pathologie non veineuse : hernie crurale, kyste synovial, anévrysme poplité, hernie aponévrotique musculaire à la face externe de la jambe.</td></tr>
<tr><td>Insuffisance veineuse</td><td colspan="2">- Douleur, œdème des MI.
- Atteinte cutanée : dermite ocre, atrophie blanche, eczématisation, ulcère veineux.
- Signe étiologique : varice, phlébite, angiome veineux, toucher pelvien.</td></tr>
<tr><td>Incontinence valvulaire</td><td colspan="2">- Signe du flot : patient allongé, percussions répétées de la partie proximale de la veine saphène/partie distale du MI avec un doigt envoie une onde de pression, recherchée par l’autre main à la partie distale de la veine/proximale du membre → ne teste pas le reflux valvulaire.
- Signe de Schwartz : patient debout, la percussion veineuse en sens inverse du signe du flot provoque une onde de pression rétrograde en cas d’incontinence valvulaire.
- Épreuve de Trendelenburg : patient couché, MI surélevés, avec un garrot à la racine de la cuisse, lorsque le patient se lève, les veines superficielles se remplissent progressivement de bas en haut et l’ablation du garrot n’a normalement pas d’effet → en cas d’incontinence de la valvule ostiale de la grande veine saphène : remplissage brutal à l’ablation du garrot.
- Épreuve des garrots étagés : veines superficielles vidées par la surélévation de la jambe, 2 garrots placés à distance l’un de l’autre → à la mise en position debout, le segment veineux entre les 2 garrots se remplit en cas d’incontinence valvulaire des veines perforantes.</td></tr>
<tr><td>PC</td><td colspan="3">Echo-Doppler veineuse des MI en position debout : confirmation diagnostique, exploration des veines profondes, recherche de reflux pathologique, d’incontinence des veines perforantes, de séquelles ou signes de TVP, de compression extrinsèque + marquage cutané préopératoire des anomalies.
- Indication : bilan préopératoire (systématique), bilan pré-sclérose, ulcères des MI ou suspicion de TVP.</td></tr>
</table>

	Classification CEAP ***(A titre d'exemple d'après la fiche LiSA)***	C = Clinique (de 0 à 6)	- 0 : aucun signe visible/palpable - 1 : Télangiectasies/veines réticulaires - 2 : Veines variqueuses - 3 : Œdème - 4 : Trouble trophique : pigmentation ou eczéma (4a), hypodermite (4b) - 5 : Ulcère cicatrisé - 6 : Ulcère non cicatrisé - A si asymptomatique ou S si symptomatique (douleur, prurit, pesanteur)
		E = Etiologie	C (congénital), P (primaire) ou S (secondaire), N si non identifiée
		A = Anatomie	S (superficiel), D (profond), P (perforant), N si non identifiée
		P = Physiopathologie	R (reflux), O (obstruction), N si non identifiée
ÉVOLUTION	Varices	- En cas de facteur causal aigu (grossesse, prise de contraceptif…) : régression possible. - Sans facteur causal aigu : régression sous traitement ou plus souvent stabilisation ou aggravation vers l'IVC.	
	IVC	- Aggravation progressive avec apparition de complications en l'absence de traitement.	
COMPLICATION	*Complication pour les varices*	**Rupture**	- **Rupture externe** par **traumatisme au niveau d'un paquet variqueux** : hémorragie externe, souvent impressionnante → CAT : surélévation de la jambe, pansement compressif, parfois transfusion. - **Rupture interstitielle** par **déchirement d'une veine perforante lors d'un effort musculaire** : hématome très douloureux.
		Thrombose	= **Thrombose superficielle** : cordon inflammatoire, douloureux, chaud sur un trajet variqueux. - **TVS segmentaire** : évolution banale. - **TVS saphène** : extension possible au réseau profond avec risque de **TVP**, voire **d'EP.**
	Complication cutanée pour l'insuffisance veineuse chronique	- **Dermite pigmentée = dermite ocre** = extravasation sanguine avec dépôts pigmentaires : aspect purpurique pigmenté, débutant à la partie inférieure et interne des jambes, parfois précédée d'un prurit, irréversible. - **Dermite atrophique** ou **atrophie blanche de Millian** : zones blanchâtres, de siège malléolaire interne ou externe, généralement entourée de fines télangiectasies, associée à une importante insuffisance veineuse, précédant l'ulcère veineux. - **Dermo-hypodermite de stase (lipodermatosclérose)** : localisée au tiers inférieur de jambe, prenant initialement un aspect inflammatoire avec rougeur cutanée et douleurs, puis évoluant par poussées (lésions en rapport avec l'extravasation de polynucléaires, *dg différentiel = érysipèle*) : évolution progressive vers une fibrose engainante induisant une guêtre rigide (« hypodermite scléreuse »). - **Stase lymphatique** : œdème permanent, infiltré, avec peau épaissie et cartonnée, orteils boudinés, souvent aggravée par les surinfections locales itératives. - **Eczéma variqueux** : allergie mycosique associée, caractérisée par des lésions érythémato-vésiculeuses ou squameuses sur le trajet des varices, pouvant être associée à une mycose interdigitale des pieds. - **Ulcère veineux chronique** : généralement volumineux, indolore ou peu douloureux, aspect superficiel non creusant, exsudatif et fibrineux, siège péri-malléolaire, avec des contours polycycliques en « carte de géographie », avec une tendance à l'extension. - **Cancérisation** d'un ulcère (exceptionnelle, après de plusieurs années d'évolution sans cicatrisation) : biopsie en cas de bourgeonnement excessif.	
TTT	**Hygiène de vie**	- **Surélévation des jambes**, surélévation des pieds du lit de 7-10 cm. - Lutte contre la sédentarité. - **Marche régulière** quotidienne. - Eviter de croiser les jambes en position assise. - **Eviter les stations debout et immobile prolongées**. - **Lutte contre le surpoids et l'obésité**. - Eviter le chauffage par le sol, les bains chauds et l'exposition prolongée au soleil. - Prise en charge de la constipation.	
	Médicament veino-actif	= Effets modérés sur les symptômes, de peu d'intérêt, sans effet sur l'aggravation de l'IVC. - Indications en présence d'une **gêne fonctionnelle** : jambes lourdes, douleurs, impatience. - Prescription sur une **durée déterminée** (pas au long cours) ± poursuivi si réapparition des symptômes à l'arrêt. - **Inutile si IVC asymptomatique.**	

<table>
<tr><td rowspan="11"></td><td rowspan="9">Compression élastique</td><td colspan="3">- Faible (classe I), moyenne (classe II), forte (classe III) ou très forte (classe IV).
- Élastique +++ (↗ de la compression à l'activité musculaire, mieux tolérée) ou non élastique.
- Efficacité maximale si mise en place dans l'heure suivant le lever.
- Adaptée à la sévérité : classe I ou II si IVC non compliquée, classe III ou IV si IVC compliquée.</td></tr>
<tr><td rowspan="7">Indications</td><td colspan="3">Indications de la compression veineuse</td></tr>
<tr><td>Situation clinique</td><td>Dispositifs</td><td>Modalités</td></tr>
<tr><td>Varices > 3 mm</td><td>- Bas-jarret (chaussettes), bas-cuisse, collant
- Classe II ou III</td><td>Au long cours</td></tr>
<tr><td>Après sclérothérapie, traitement thermique ou stripping (variable selon les équipes)</td><td>- Bas-cuisse
- Classe II ou III</td><td>4 à 6 semaines (variable selon les équipes)</td></tr>
<tr><td>Œdème chronique d'origine veineuse</td><td>- Bas-jarret (chaussettes), bas-cuisse, collant
- Classe III</td><td rowspan="3">Au long cours
Ré-évaluation régulière du rapport bénéfices/risques</td></tr>
<tr><td>Pigmentation, eczéma veineux</td><td>- Bas-jarret (chaussettes), bas-cuisse, collant
- Classe III</td></tr>
<tr><td>Ulcère cicatrisé</td><td>- Bas-jarret (chaussettes), bas-cuisse, collant
- Classe III ou IV</td></tr>
<tr><td>Ulcère ouvert</td><td>- Bandages multitypes en première intention
- Bas-jarret (chaussettes), bas-cuisse, collant
- Classe III ou IV</td><td>Jusqu'à cicatrisation complète</td></tr>
<tr><td>Contre-indication</td><td colspan="3">- AOMI : Contre-indiqué en cas d'AOMI sévère (IPS < 0,6).
- Microangiopathie diabétique évoluée (TcPO2 < 30 mmHg).
- Phlegmatia coerulea dolens.
- Thrombose septique.
NB : réévaluation régulière du rapport B/R de la compression veineuse en cas de :
- AOMI avec IPS entre 0,6 et 0,9.
- Neuropathie périphérique évoluée.
- Dermatose suintante ou eczématisée.
- Intolérance aux fibres utilisées.</td></tr>
<tr><td>Méthode</td><td colspan="3">- Bande : pour une durée courte, par un personnel entraîné.
- Bas (chaussettes, bas-cuisse ou collants) : pour une utilisation à long terme.</td></tr>
<tr><td>Classification</td><td colspan="3">- Classe I = entre 10 et 15 mmHg.
- Classe II = entre 15 et 20 mmHg.
- Classe III = entre 20 et 36 mmHg.
- Classe IV = > 36 mmHg.
➙ La prescription doit toujours comprendre la pression en mmHg.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Cure thermale</td><td colspan="3">= Crénothérapie : bains à eaux tièdes et fraîches, massages sous l'eau, drainages lymphatiques, cures de boisson, sur une durée de 21 jours, après entente préalable avec l'organisme de santé.
- En cas de gêne clinique persistante après prise en charge médicale et/ou chirurgicale.</td></tr>
<tr><td>Indication</td><td colspan="3">- IVC avec signes cutanés de sévérité (de la dermite ocre à l'ulcère).
- Maladie post-thrombotique invalidante.
- Œdème veineux et syndrome des jambes lourdes invalidants.
- Lymphoedème (avec ou sans fibrose).
- Acrosyndrome mal toléré (Raynaud, acrocyanose).
➙ Non indiqué en cas de varice non compliquée ou de jambes lourdes isolées.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="8"></td><td colspan="3">- Les différents traitements présentés ci-dessous sont indiqués en cas de varices symptomatiques et ont pour objectif de « détruire » les veines pathologiques.
- Penser à préserver le capital veineux pouvant servir ultérieurement pour un pontage artériel chez les patients avec des facteurs de risque cardio-vasculaires ou une maladie athéromateuse (coronaropathie, artériopathie oblitérante…)
- Les varices secondaires à un syndrome post-thrombotique doivent habituellement être respectées car elles peuvent suppléer l'obstruction veineuse profonde.</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Scléro-thérapie</td><td colspan="2">= Injection d'un produit sclérosant dans la veine superficielle qui va évoluer vers une cicatrisation fibreuse et rétractile de la veine traitée.
- Possiblement échoguidée.
- Après bilan clinique, échographique et hémodynamique complet (cartographie veineuse).</td></tr>
<tr><td>Indication</td><td>Larges.</td></tr>
<tr><td>CI</td><td>- Foramen ovale perméable connu et symptomatique : contre-indication formelle.
- Atcd de TVP ou thrombophilie.</td></tr>
<tr><td>Complications</td><td>= Non rares donc ne pas banaliser le traitement et évaluer rapport B/R.
- Réaction inflammatoire locale avec risque de TVS en cas de surdosage.
- Risque de pigmentation.
- Hématome.
- Hypodermite voire nécrose cutanée en cas d'extravasation du produit.
- Injection intra-artérielle (gravissime) : nécrose musculaire, voire amputation.</td></tr>
<tr><td>TTT endo-veineux</td><td colspan="2">- Techniques ayant supplantées les techniques chirurgicales, traitement de 1re intention en l'absence d'indication de la sclérothérapie.
- Technique de destruction par voie endoveineuse = radiofréquence ou laser endoveineux : destruction pariétale veineuse par effet thermique après réalisation d'une anesthésie tout autour de la veine à traiter.
- En ambulatoire, risque de dysesthésie.
- Absence d'anesthésie générale, reprise rapide de l'activité physique et professionnelle.</td></tr>
<tr><td rowspan="5">TTT chirurgical</td><td colspan="2">- Indications de plus en plus réduites depuis les traitements endoveineux.
➔ En l'absence de varices, l'existence d'un reflux isolé asymptomatique n'est pas une indication.
➔ Chirurgie réservée aux veines réellement pathologiques (notamment chez le poly-athéromateux, chez qui la veine saphène peut être utilisée en cas de pontage aorto-coronarien ou fémoro-poplité mais qui sera inutilisable si trop altérée).</td></tr>
<tr><td>Stripping de varice</td><td>= Indication pour forme étendue et tortueuse, de la grande ou de la petite veine saphène : après marquage cutané écho-guidé.
- Exérèse de la veine par isolement à sa partie proximale, puis montage d'un stripper par l'incision proximale que l'on récupère dans la crosse de la veine.
- Nécessite une AG ou une ALR, et un arrêt de travail.</td></tr>
<tr><td>Phlébectomie</td><td>= Traitement complémentaire au stripping, plus étagé : exérèse des. collatérales des veines saphènes au crochet par micro-incisions cutanées</td></tr>
<tr><td>CHIVA</td><td>= Cure Hémodynamique de l'Insuffisance Veineuse en Ambulatoire : déconnexion de la GVS et des collatérales de sa crosse sans stripping pour provoquer l'affaissement des veines superficielles anormales ➔ technique conservatrice, peu utilisée.</td></tr>
<tr><td>Complications (rares)</td><td>- Hématome de la région de Scarpa ou sur le trajet du stripping.
- Paresthésies résiduelles (lésion du nerf saphène interne ou externe).
- Thromboses veineuses.
- Récidive à long terme : entre 3 et 20 % à 5 ans.</td></tr>
<tr><td>Prévention de la MTEV</td><td>- HBPM à dose prophylactique.
- Déambulation précoce et contention post-opératoire systématique.</td></tr>
<tr><td>SUIVI</td><td colspan="3">- Suivi phlébologique annuel.
- Règles d'hygiène veineuse, notamment au travail.
- Éducation du patient sur le caractère évolutif et chronique de la maladie veineuse.</td></tr>
</table>